

INTEGRALIDADE DAS AÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS: PRERROGATIVA AO DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA

Integrity of actions among professionals and services: a necessity for child's right to health

Integralidad de las acciones entre profesionales y servicios: prerrogativa para el derecho a la salud de los niños

Raquel Dully Andrade¹, Jaqueline Silva Santos², Juliana Coelho Pina³, Maria Cândida de Carvalho Furtado⁴ e Débora Falleiros de Mello⁵

Recebido em 09/05/2013, reapresentado em 12/07/2013 e aprovado em 22/07/2013

Resumo

Este estudo teve como objetivo analisar narrativas de enfermeiros sobre a integralidade das ações voltadas às crianças e suas famílias, apreendendo fortalezas e fragilidades em busca da defesa do direito à saúde. Métodos: Estudo exploratório com análise qualitativa temática dos dados, fundamentado no cuidado e direito à saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 14 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família de Passos-MG. Resultados: As narrativas mostram aspectos relacionados à comunicação entre os profissionais e os serviços, lacunas nas relações de parcerias e limites na integralidade e intersectorialidade das ações. Parcerias positivadas e não positivadas foram mencionadas, sendo valorizado o trabalho conjunto entre profissionais e serviços. Conclusão: Abordagens ampliadas para um cuidado integral são importantes para construir perspectivas de trabalho que evitem lacunas nas relações de parceria e ampliem a integralidade e intersectorialidade das ações em rede, especialmente diante do conjunto de leis e programas que visam à proteção integral das crianças.

Palavras-chave: Criança. Enfermagem. Direito à saúde. Atenção primária à saúde. Assistência integral à saúde.

Abstract

Objective: to analyze the testimonies of nurses concerning the integrality of actions within child- and family-centered care, grasping strengths and weaknesses in a search for the defense of children's right to health. Methods: Exploratory study using qualitative thematic analysis based on care and the right to health. Semi-structured interviews were conducted with 14 nurses working within the Family Health Strategy in Passos (MG), Brazil. Results: The testimonies show aspects related to communication between professionals and services, gaps in partnerships and limitations in terms of integrality and inter-sector actions. Positive and negative partnerships were reported, while the joint work between professionals and services was acknowledged. Conclusion: Broadened approaches designed to provide integral care and to construct a practice that avoids gaps in partnerships and that increase integrality and inter-sector cooperation among health actions are important, especially in the face of a set of laws and programs designed to provide integral protection to children.

Keywords: Child. Nursing. Right to Health. Primary Health Care. Comprehensive Health Care

Resumen

Objetivo: Analizar los relatos de enfermeros acerca de la integralidad de las acciones dirigidas a los niños y sus familias, captando fortalezas y debilidades en la búsqueda de la defensa del derecho a la salud. Métodos: Estudio exploratorio con análisis temático cualitativo, fundamentado en el cuidado y derecho a la salud. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con 14 enfermeros que actúan en la Estrategia Salud de la Familia. Resultados: Los relatos muestran aspectos relacionados con la comunicación entre los profesionales y los servicios, las brechas en las relaciones y los límites en la integralidad e intersectorialidad de las acciones. Relaciones positivadas y no positivadas fueron mencionadas. Conclusión: Enfoques ampliados para un cuidado integral son importantes para construir perspectivas de trabajo que eviten lagunas en las relaciones de colaboración y amplíen la integralidad e intersectorialidad de las acciones en red, especialmente frente al conjunto de leyes y programas que tienen por finalidad la protección integral de los niños.

Palabras clave: Niño. Enfermería. Derecho a la Salud. Atención Primaria de Salud. Atención Integral de Salud

¹Fundação de Ensino Superior de Passos. Passos – MG, Brasil

²Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP, Brasil

³Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP, Brasil

⁴Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP, Brasil

⁵Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP, Brasil

autor correspondente: Jaqueline Silva Santos

E-mail: jaque_fesp@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A criança é um ser de direitos, mas frágil para o seu próprio cuidado, proteção e defesa¹. Diante dessa vulnerabilidade, considera-se como um preceito ético que todos os adultos se comprometam em agir em prol da proteção e defesa das crianças.

As práticas de saúde precisam ser fortalecidas com a atuação dos profissionais e dos sujeitos na construção de planos de responsabilização², para maior integralidade da atenção à saúde³ e exercício do direito à saúde, destacando-se aqui as ações em favor da criança, um ser especialmente vulnerável na sua própria advocacia⁴. Ressalta-se que as discussões sobre humanização, integralidade do cuidado, promoção da saúde, assim como os princípios de qualidade de vida, equidade, autonomia e direitos dos usuários têm se configurado em estratégias para a reorganização da atenção à saúde²⁻⁴.

A integralidade da atenção é preconizada na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil e busca o cuidado de indivíduos e famílias ao longo do tempo, o desenvolvimento de parcerias para abrangência dos determinantes do processo saúde-doença e respostas resolutivas para as necessidades da população e comunidade⁵.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e da ESF, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante que os profissionais desenvolvam um cuidado centrado na família, fundamentado no vínculo longitudinalidade e intersetorialidade, e busquem a integralidade da atenção à saúde. Na saúde infantil, a assistência prestada nos serviços de saúde pode ter um impacto limitado se não se considerar que os pais, a família, a comunidade e todos os cuidadores que assistem essa clientela, incluindo os profissionais de diversas áreas, exercem um papel fundamental na proteção da saúde da criança. No entanto, ainda há lacunas assistenciais para efetivar a integralidade das ações de saúde, considerando que o profissional enfermeiro assume um papel importante nas ações voltadas à saúde infantil, tendo em vista a sua atuação direta no cuidado junto às crianças e famílias, bem como as suas atribuições gerenciais nas unidades de saúde, ocupando um espaço significativo como mediador na rede municipal de serviços. Desse modo, o presente estudo teve por objetivo analisar narrativas de enfermeiros sobre a integralidade das ações voltadas às crianças e suas famílias, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, apreendendo fortalezas e fragilidades em busca da defesa do direito à saúde.

METODOLOGIA

Estudo exploratório com análise qualitativa dos dados, fundamentado no quadro conceitual do cuidado e do direito à saúde, que toma as intervenções em saúde com a preocupação de superar uma visão tecnicista, de estrita aplicação instrumental de saberes biomédicos às situações particulares

de atenção à saúde⁶. O entendimento é que o cuidado e a defesa do direito buscam uma atenção à saúde de base dialógica, isto é, apoiada nos saberes e valores dos diferentes sujeitos envolvidos, e sensível aos significados práticos e aos sentidos éticos, morais, políticos e afetivos das demandas e intervenções no campo da saúde⁶.

O estudo analisou narrativas de enfermeiros, privilegiando o modo como as pessoas entendem e experimentam os processos da vida⁷. A pesquisa de campo foi realizada no município de Passos-MG, que conta com uma gestão municipal da saúde Plena da Atenção Básica Ampliada. A Estratégia Saúde da Família (ESF) teve início em 1997, e o município conta com 17 equipes, cobrindo cerca de 73% da população local. Cada equipe possui um enfermeiro, totalizando 17 profissionais enfermeiros na ESF.

O convite para participar do estudo foi efetuado para todos os enfermeiros nas 17 unidades de saúde da família, sendo que 14 enfermeiros, pertencentes a 14 unidades, atenderam voluntariamente. Houve recusa de um enfermeiro, e dois estavam em licença saúde. A coleta de dados foi baseada em entrevistas semiestruturadas gravadas, com as seguintes questões norteadoras: Como é organizada a assistência às crianças aqui no seu trabalho? Você poderia me contar alguma situação em que vivenciou a necessidade de algum tipo de defesa em favor da saúde da criança? Como tem sido o trabalho em parcerias em favor da criança? E a relação intersetorial do serviço de saúde com outras áreas para a garantia dos direitos da criança? Como você entende a defesa pela criança no cuidado à saúde, no dia-a-dia de seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família? Quais conhecimentos, habilidades e/ou atitudes você percebe que são importantes para que o enfermeiro desenvolva a defesa pela saúde da criança em seu contexto de trabalho?

Em uma breve caracterização dos participantes do estudo, destaca-se que a idade variou de 29 a 48 anos; 12 eram do sexo feminino e 2, do masculino; o tempo de formação variou entre 1 e 13 anos e o de atuação na ESF variou entre 1 e 11 anos; 8 entrevistados referiram que não cursaram especialização e 6 cursaram, sendo citadas as seguintes áreas: Saúde da Família, Saúde Mental, Administração Hospitalar, Capacitação Pedagógica na Área da Enfermagem e Saúde Pública. A especialização em Saúde da Família foi referida por 4 desses entrevistados e 1 deles tem também mestrado em Enfermagem em Saúde Pública.

Buscou-se realizar as entrevistas estimulando os relatos dos enfermeiros de forma livre, permitindo que narrassem e refletissem sobre o cotidiano do cuidado da criança e suas relações com a família e com os serviços de saúde, bem como sobre a produção do cuidado e da defesa da saúde da criança. A entrevista livre também traz flexibilidade, profundidade e interação entre entrevistado e entrevistador, podendo proporcionar encontros ricos e esclarecedores⁷. As entrevistas foram realizadas individualmente e por uma única pesquisadora.

Na análise das entrevistas buscou-se identificar e discutir significados organizadores dos relatos acerca de situações relativas à integralidade das ações de saúde da criança, tomando-se por referência um percurso interpretativo na perspectiva do cuidado e da defesa do direito à saúde⁸. Todo o material foi transcrito e organizado em arquivos individuais. Na interpretação dos relatos foram percorridas as etapas da análise de conteúdo modalidade temática⁷: a) leitura preliminar do material buscando mapear os sentidos atribuídos pelos sujeitos; b) interpretação dos conteúdos diante dos sentidos orientadores de seus relatos; c) elaboração de síntese interpretativa e organização em unidades temáticas de significados.

Os sujeitos do estudo foram denominados E1, E2... E14. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Ensino Superior de Passos, parecer nº 25/2011.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados, os resultados são apresentados nos temas: Comunicação entre os profissionais e os serviços; Lacunas nas relações de parcerias entre os profissionais integrantes da rede de serviços municipais; Limites na integralidade e intersetorialidade das ações.

Comunicação entre os profissionais e os serviços

O processo de comunicação é destacado como imprescindível para as várias interações em prol da saúde e bem-estar da criança e sua família, tanto entre os profissionais de uma unidade quanto com os de outros serviços.

Eu sempre oriento as meninas [ACS]: 'Olha, você pode fazer isso, você pode orientar'. Elas ligam, e a auxiliar [técnica de enf.] também. Elas pegam o telefone, se precisar já ligam na polícia, na assistente social, no NASF. (E1)

O médico daqui me chamou para ver, porque ele também ficou um pouco inseguro em relação ao que eu achava dele prescrever uma medicação. Eu falei: 'nesse caso acho melhor você encaminhar para um pediatra porque é uma coisa muito específica'. Ele queria prescrever uma carbamazepina. Nesse caso eu acho melhor um especialista. Aí ele encaminhou. A gente tem essa parceria legal que dá para a gente trabalhar junto, discutir alguns casos. Aí ela foi lá, o médico encaminhou para o psicólogo. E a gente observando, eu pedi para o agente observar essa família, porque era uma família muito recente ainda na área, então queria uma observação maior do agente. (E2)

A comunicação entre os membros da equipe busca uma melhor avaliação do quadro da criança e de sua família e a tomada de decisões por condutas mais apropriadas.

Chama atenção a compreensão dos profissionais para acionar recursos disponíveis para proteger a saúde e o bem-estar das famílias assistidas, quando necessário e em tempo hábil.

A sala de vacina agora é lá em cima, no ambulatório, separou. Eu faço uma ligação com a vacina. A técnica de enfermagem da sala de vacinas do bairro manda pra mim os faltosos, aí eu aproveito e falo [para os ACS] 'Já vê o cartão se está pesando direitinho'. (E1)

Agora, eu e a nutricionista passamos e-mail uma para outra, e a gente está entrando em um consenso que talvez ela [criança em acompanhamento] não esteja engordando tanto por causa da genética. A mãe é muito pequenininha e magrinha, só que o pai já não é tanto. E geralmente, aquela criança de baixo peso mesmo é desanimada, aquele cabelo feio, e a menina é linda, espertinha, conversa, muito ativa. Mas, a gente está de olho, porque a mãe não cuida muito. (E7)

A comunicação entre os serviços de atenção básica permite a complementação das ações, tornando-as mais efetivas e resolutivas, com uma atuação que foge da equivocada compreensão do encaminhamento como uma transferência de responsabilidade.

O trabalho com comunicação efetiva entre os serviços de saúde busca garantir a continuidade da assistência. Outros setores também são mencionados, enfatizando uma comunicação mais estreita, pessoalmente, por telefone ou com elaboração de relatórios:

A Santa Casa sempre nos acolhe em relação ao curso de gestante. Todas as gestantes que fazem o curso vão à Santa Casa, vão ao pré-parto, veem onde será realizado o parto, como é o sistema, o alojamento conjunto, o que tem que levar e o que não precisa. (E12)

O CRAS e o CREAS também foram ótimos. A gente sentou, as meninas fizeram um relatório. Eu pegava minha moto e ia direto no CREAS, pessoalmente, porque ligação não faz na unidade. Mas, eu tenho o telefone delas aqui no meu celular. Só que agora o NASF está ajudando muito, põem a mão na massa. Aí já tem até uma pastinha pra gente enviar relatórios de pacientes pra eles. Duas pastas, uma

vai e a outra fica, pra ficar indo e voltando. Aí faço o relatório e vou pessoalmente. Aí ela mesma entra em contato com o pessoal do CREAS. O NASF está resolvendo o que estava parado aqui. (E1)

Quando identificamos um risco mínimo para a criança, ao mínimo risco, eu passo o caso para a assistente social avaliar. 'Olha, vai lá, avalia a situação, o contexto da família'. Porque ela tem uma possibilidade maior que a nossa, é mais neutra. A gente ir lá [área com condições precárias de vida e agravos] é complexo, nem sempre as pessoas vão te interpretar bem. E você vai estar aqui para atendê-la outra vez. E ela já vai achar que você está querendo entregá-la de alguma forma, prejudicá-la. E não é isso. Então, pra gente, nesses casos, é fundamental parcerias com o serviço social. (E9)

Os profissionais do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) mostram-se como fortes apoios para as equipes de saúde da família. O apoio que cada equipe recebe e oferece é relevante para a busca de caminhos de defesa da qualidade de vida infantil.

Lacunas nas relações de parceria entre os profissionais integrantes da rede de serviços municipais

Há situações que mostram a necessidade de fortalecimento das relações entre profissionais de diferentes serviços. Essas fragmentações nas relações profissionais podem resultar em maior vulnerabilidade das crianças, uma vez que suas necessidades deixam de ser atendidas em sua integralidade.

Às vezes eles expõem a gente, principalmente o CREAS. Isso é a dificuldade maior. Teve dois casos que a gente não passou, principalmente por causa disso. Vai expor e aí vai complicar a nossa situação. [...] A gente fica um pouco de mãos atadas quando a gente se depara com algumas situações. Porque, infelizmente, o que a gente observa na prática é que, às vezes, o serviço social não funciona. Às vezes, é o próprio enfermeiro que tem que lutar, ligar para o Conselho Tutelar. O Conselho, muitas vezes, despreparado também, não sabe como agir. Então, a gente se vê meio que sozinho na luta. (E2)

O Conselho Tutelar, quando a gente precisou foi mais difícil. (E13)

Cada profissional ou serviço precisa saber preservar o sigilo sobre o envolvimento do outro no caso. Isso se torna especialmente importante para a ESF, pela necessidade de preservação do vínculo com as famílias. Situações mal conduzidas por um serviço de apoio podem resultar na exposição da equipe, que por sua vez opta por não buscar mais a referida parceria, quadro que pode aumentar a vulnerabilidade das crianças.

Há descompassos na interação entre os diversos setores, com informações que não fluem e não buscam uma resolução conjunta.

Já vi criança com um galo deste tamanho, a mãe com problema mental, eu chamei polícia, chamei Conselho Tutelar, anotei no livro de ocorrência, tudo direitinho. Mas, a gente não tem retorno, contrarreferência, a gente não sabe o que aconteceu, a gente só sabe porque a gente vai na casa. (E1)

Essa é uma lacuna importante, que pode violar a garantia dos direitos da criança, uma vez que os casos nos quais se manifesta a necessidade de inserção do Conselho Tutelar já tendem a ser mais complexos, envolvendo aspectos que a equipe de saúde não tem condições de resolver sozinha. Trata-se de casos para os quais o Conselho é a referência oficial, de forma que a fragilidade de sua atuação agrava as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas crianças e famílias.

Os mecanismos de contrarreferência e de comunicação interinstitucional não são efetivamente praticados, impedindo uma expansão da atenção à saúde e podendo levar à violações.

Ocorreram casos de a gente ter que entrar em contato com o Conselho Tutelar. Mas, não tinha contrarreferência, a gente tinha que ficar ligando atrás para estar sabendo. 'Oh, o que aconteceu?' 'Qual o andamento que foi dado para essa família?'. Eles não discutiram com a gente para atuar junto. (E11)

Eu acho que a gente precisaria melhorar a questão da comunicação entre os setores, trabalhar realmente essa intersectorialidade para a gente tentar buscar mecanismos para ajudar essas famílias que estão adoecidas, porque normalmente não é só um indivíduo não, é a família toda. Então, acho que se a gente juntar todo mundo, a gente poderia estar tentando buscar mecanismos para ajudar essas famílias a mudar a situação que se encontram. Até mesmo a Pastoral da Saúde poderia ser uma boa aliada, a Pastoral da Criança. Eu acho que a gente tem que buscar parcerias também na comunidade. (E2)

Na visualização da necessidade de uma rede mais articulada, com apoio sistematizado, inserindo inclusive ações não governamentais, as práticas podem ser fortalecidas mutuamente.

Em uma rede organizada, seria desejável a elaboração de informações consolidadas sobre o acesso a todos os serviços governamentais e não governamentais existentes, que seria utilizada para facilitar a comunicação entre as equipes, bem como para orientar a população a buscar os serviços. Algo relevante que pode potencializar a atitude de advocacia articulada na prática diária dos serviços. Esse tipo de informação parece ainda não estar disponível de forma organizada.

Eu falo: 'Olha, tem os advogados da faculdade [projeto do Curso de Direito que atende a população gratuitamente], você sabia que existe isso?' 'Funciona em tal horário, assim, assado'. Eu até tinha essa planilha de horário, pois uma vez veio um estagiário e afixou. Mas, o que eu sei é isso. Porque certas coisas a gente sabe, agora tem umas que a gente não tem a mínima ideia. (E1)

A divulgação de informações relevantes sobre os serviços existentes no município é importante para mostrar com maior clareza os recursos disponíveis aos cidadãos para o exercício de seus direitos.

Limites na integralidade e intersectorialidade das ações

As entrevistas apontam limites no processo de trabalho desenvolvido diante de casos que exigem ações integradas da equipe de saúde da família. As principais origens das dificuldades são questões organizacionais, estruturais e de gestão, passando pelas concepções e atitudes consolidadas entre os profissionais, a partir da compreensão de um trabalho em rede.

A gente está observando que o PSF é a porta de entrada, só que ele é a porta de saída também. Fica assim, vai e volta para o PSF. E a cobrança é toda na gente. Quando chega a internar, a assistente social do hospital não quer saber o que aconteceu, liga aqui: 'Uai e o PSF o que estava fazendo?', 'Uai gente, vocês não acompanhavam esse caso?'. Então, a cobrança é só pra gente, ninguém cobra outros setores, mas ninguém quer dar o suporte, quer jogar só para o PSF. Porque todos acham que o paciente é só do PSF, eles não entendem que o paciente é nosso, é meu, mas é seu também. [...] A gente sentou junto com o NASF. Eu falei: 'Vou conversar lá no CAPS pra ver qual o apoio que eles podem dar'. Porque ali não é só um da família que tem problema, começa do avô e vai até as netas, a mãe da criança e tudo mais. Aí, a coordenadora do CAPS falou que não poderia fazer nada. Quando entramos em contato ela falou que a única coisa que eu podia fazer era chamar o Conselho Tutelar para levar a criança. Falei: 'Não, mas não é

esse o objetivo'. Então, o meu objetivo, eu queria uma avaliação do CAPS, para ver o que poderia fazer pela família, dar um suporte. Eu tentei por duas vezes, não tive sucesso. (E2)

Chama atenção a ausência de corresponsabilidade entre os serviços, o que dificulta o seguimento iniciado pela equipe de saúde da família, diante de casos de difícil condução, nos quais a única certeza que parece prevalecer entre os serviços é de que se trata de um problema da ESF. Esse quadro minimiza muito as possibilidades de resolutividade no âmbito da ESF e, em última instância, viola o direito à saúde, tornando-se uma importante questão a ser discutida pelos profissionais e tratada pelos gestores do sistema de saúde municipal.

Situação semelhante é relatada na fala a seguir:

Mas o problema não era tanto ela, é o problema que ela tem. Ela tem uma doença mental, só que a doutora fez um encaminhamento para a saúde mental, a saúde mental falou que ela estava normal. Ah, mas que ela tem algum problema tem! Se você ver, você já vê. Só que a doutora pôs o CID dela como síndrome de Munchausen, que a mãe involuntariamente quer prejudicar a criança. Então, essa síndrome, lá na saúde mental, eles falam que ela não tem. Mas, também não investigaram outras coisas, entendeu? O NASF também já foi lá. A filha dela tem só um ano e cinco meses e está com muito baixo peso. A nutricionista vai lá também, e eu tenho aqui os gráficos dela, são alarmantes. (E7)

Eu acho que o CRAS tinha que ser mais atuante, porque já são mais preparados para atuar nessas questões sociais, são assistentes sociais, podem entrar na casa, conversar, ter uma abordagem diferenciada, porque nós fazemos o que dá. E a gente tem que resguardar o vínculo do PSF. De repente, a gente toma uma atitude mais drástica, promotor e essas coisas todas, e a família já não vem mais, não confia mais. Inclusive, o assistente social do NASF comentou que estão sendo difíceis essas articulações, porque, às vezes, manda para o CRAS fazer visita e o papel fica lá, demora. Eu não sei se é por falta de profissional. (E12)

Depreende-se que a saúde mental é uma área na qual a equipe da ESF precisa de apoio e de um sistema eficiente de referência e contrarreferência. Uma rotina de comunicação fluida entre ambas as equipes, da ESF e do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), pode resultar em um processo de capacitação da atenção primária, para lidar melhor com casos de saúde mental, fortalecendo os dois serviços.

No fluxo de informações do sistema municipal, casos que foram inicialmente abordados por um serviço podem ter sua resolutividade prejudicada pela desaceleração na continuidade da assistência, podendo impactar negativamente nos resultados da atitude de advocacia iniciada pelos primeiros, em seus processos de trabalho.

Essa limitação também existe diante da necessidade de atuação do Conselho Tutelar, e há medo e preocupação:

No Conselho Tutelar até a área física não tem condição nenhuma de trabalho, não tem sala individual pra abordar os pacientes de maneira privativa. A gente que vivencia isso, o sistema é muito omissivo. Eu acho que a gente podia ter mais parceria do Conselho Tutelar, saber quem são as pessoas, a gente podia ter uma palestra deles, ou uma reunião com eles. Eu descobri o telefone com um telefonema que fiz, nem sabia onde é o Conselho Tutelar. Não existe essa comunicação. Estou te falando em relação mesmo aos direitos, essa área judicial mesmo. Com a polícia também, por que não? Uma orientação sobre como eu vou abordar o caso de uma criança com suspeita que está sendo violentada? O conteúdo que a gente tem sobre isso na faculdade é muito escasso, e não adianta, só depois de começar a trabalhar é que a gente passa a ter noção das situações. Outros setores estão mais bem preparados e podem nos ensinar. (E1)

Tudo hoje é processo, então eu morro de medo. Por mais que eu pense em chamar um Conselho, eu já tenho medo porque são umas famílias que você não sabe se tem alguém lá que tem uma arma. A gente trabalha em uma área isolada, não tem segurança. A gente já passou muitas situações difíceis, e ninguém deu parecer de nada, de ajudar a gente. Então, o que me falta é mais segurança para agir nos casos. Mesmo que, entre outros serviços no caso, a denúncia acaba saindo do PSF e a família associa isso. Como que eu chamo o Conselho Tutelar? A família só vem aqui, a porta de entrada dela é aqui. E, às vezes, na própria rede, os profissionais não têm o cuidado de não expor o PSF. (E7)

As limitações referentes à atuação do Conselho Tutelar estão relacionadas, entre outros fatores, à falta de exigências para a composição e funcionamento desse serviço, que sejam compatíveis com a sua complexidade e importância em casos de violação dos direitos das crianças, sujeitos esses incapazes de agir satisfatoriamente em sua própria defesa.

Há um entendimento de que os limites manifestados na atuação do Conselho Tutelar são resultantes de questões

estruturais, de falta de investimentos em ambiente físico e em preparação técnica, sugerindo certa ausência da gestão local sobre o papel desempenhado por esse serviço, de proteção dos direitos das crianças. Aparece também uma aparente marginalização do Conselho dentro da rede de serviços municipais, quando o enfermeiro ressalta que não há destaque para informações de acesso a esse serviço dentro da unidade. O enfermeiro identifica o potencial de contribuição para o processo de trabalho de mecanismos formais e programados de comunicação com o Conselho Tutelar e com outros serviços, como a Polícia Militar, vislumbrando uma melhor preparação dos profissionais de saúde para lidar com questões delicadas, para as quais a sua formação não é especificamente voltada, mas que são comuns no cotidiano do trabalho.

Há sugestões retratadas na fala a seguir que poderiam fazer parte de um conjunto de ações, visando maior respaldo para equipes e famílias:

Uma advogada ia trabalhar como referência do PSF. Ela ia atuar tanto na parte de respaldo administrativo dos funcionários quanto nas situações das famílias. Olha que interessante. Seria uma pessoa para dar respaldo pra gente, e ia ajudar os assistentes sociais também, uma ponte para várias coisas. E por facilitar, tirar dúvida, a gente teria mais possibilidades de ação. Porque, às vezes, é tão difícil ter alguém para orientar que você prefere, às vezes, até não agir. E, tendo essa orientação, todos poderiam atuar mais. Porque tudo que a gente precisa, tem que conversar lá no prédio [prefeitura]. Se tem que tirar dúvida, tem que ser com ele, o procurador da prefeitura. Para que ele vai resolver problema nosso aqui? E ele não entende nada da saúde. Ele dá um chutômetro lá. Se é uma pessoa da saúde, vai se preparar, se envolver. Vai vestir a camisa da saúde. O advogado poderia entrar no NASF. (E5)

A compreensão da complexidade do trabalho realizado no contexto da ESF, bem como a necessidade de se avançar em sua estrutura, estendendo a rede de apoio para profissionais de outros campos, transpondo a área de saúde e alcançando a do direito, é um modo mais abrangente para olhar a integralidade da atenção prestada às famílias.

Além disso, os direitos conquistados precisam ser exercitados, uma vez que não se trata de algo que se receba de forma passiva, e, de maneira geral, o cotidiano em nosso país não favorece esse exercício ativo por não haver preparo e cultura para isso.

Uma proposta que achei interessante, que veio pra gente agora, é começar a trabalhar reuniões em macroáreas. Vão participar o pessoal da educação,

os diretores de escolas, pra gente tentar começar a trabalhar a intersetorialidade, porque a gente está tendo dificuldades, está trabalhando isolado e não está conseguindo chegar a lugar nenhum. O Estado começou com essa ideia e foi repassado para o município através da organização do Plano Diretor. Agora, a sugestão é que já façamos reuniões em macroáreas, território sanitário. Aí é território, igual aqui, a gente faz parte do Centro, bairro B.H. e N.S.G., que são próximos. É juntar os serviços das áreas próximas. Ai fica PSF Escola, PSF Novo Horizonte, PSF Nossa Senhora das Graças e Ambulatório Novo Horizonte. Os serviços de saúde, de educação, CREAS, CRAS. No caso, a Coordenação do PSF faz uma reunião mensal com cada macroárea, pra gente sentar junto para ver o que a gente pode estar unindo. A gente já vai se programar para convidar os diretores de escola [...] vamos ver se eles vão estar participando. A proposta é essa, mas a gente ainda não teve nenhuma.” (E2)

A proposta acima simboliza passo importante, resultante do reconhecimento da necessidade de estabelecimento de mecanismos formais de comunicação e interação entre os serviços. A operacionalização dos próximos passos, que envolverá a efetuação de contatos, o planejamento e a realização de reuniões, exigirá clareza e persistência por parte dos organizadores, evitando a fragmentação nos processos de trabalho. A formalização dessa comunicação e a abordagem das dificuldades já existentes e das que emergirem nas relações entre os serviços mostram-se necessárias e urgentes, para que o Estado, os gestores e os profissionais cumpram com seu compromisso ético de prestar ações integradas, resolutivas e de qualidade, o que configura como direito da população.

DISCUSSÃO

Trabalhar com a proposta de saúde da família e com um conceito ampliado de saúde envolve lidar com questões sociais, situações complexas e difíceis, nas quais a atuação isolada do profissional de saúde tende a não alcançar impactos significativos, sendo muito importante a parceria e o trabalho em rede.

Entre as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros foram relatadas fragilidades na relação de corresponsabilidade entre os serviços e nos processos de comunicação, precariedade da estrutura física e do preparo técnico de algumas equipes e baixa resolutividade em alguns serviços para a continuidade das ações iniciadas na ESF.

Com as possibilidades do exercício do direito humano à saúde em diferentes momentos, o SUS representa uma grande conquista para a sociedade brasileira. Todavia, a baixa

resolutividade de alguns serviços, os casos de deteriorização da qualidade do cuidado e a violação de direitos humanos indicam a necessidade de uma aproximação maior dos sujeitos e de uma organização dos serviços de saúde mais estruturada com foco no cuidado integral⁹.

Muitas situações apontadas neste estudo contêm elementos contrários à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, denominada HumanizaSUS, que preconiza a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos participantes do processo de produção em saúde, incluindo não somente usuários, mas também trabalhadores e gestores, bem como o comprometimento mútuo entre todos os agentes envolvidos nas práticas de saúde, com corresponsabilidade a partir do estabelecimento de vínculos solidários e redes de cooperação no processo de trabalho¹⁰.

No contexto dos serviços disponíveis, o CRAS e o CREAS são unidades da área do serviço social que têm em comum com a ESF a proposta de ações com foco na família, o que favorece e potencializa as possibilidades de parceria entre esses serviços. O NASF é representado por uma equipe de profissionais atuantes em diferentes áreas do conhecimento que devem construir práticas de maneira compartilhada com os membros da equipe de saúde da família diante dos problemas identificados na área de abrangência¹¹. Cabe pensar na importância do apoio matricial, o qual exige uma mudança na lógica de funcionamento da rede de serviços municipais, como um método complementar ao sistema hierarquizado de referência e contrarreferência, incluindo uma comunicação ativa e fluida, por meio da qual acontece o compartilhamento de responsabilidades.

De modo geral, os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com situações que envolvem violência contra a criança, apresentando dificuldades que se relacionam a aspectos culturais, éticos e legais¹². Mas, se imbuídos de observação e intervenção, têm potencial para proteger e efetivar os direitos humanos⁸⁻¹³.

Destaca-se que prevenir e tratar casos de violência infantil é uma das muitas tarefas da ESF, de forma que iniciativas de educação permanente nesse sentido, bem como a qualificação das instituições de proteção à criança e a ampliação das redes de apoio a essas equipes, podem contribuir para reduzir a insegurança profissional, resultando em redução dos casos de maus-tratos não notificados¹⁴.

As atitudes de defesa pela saúde da criança englobam múltiplos fatores, com uma compreensão ampla do processo saúde-doença e dos determinantes sociais desse processo, tornando-se um imperativo que o profissional de saúde, exercendo conscientemente o advogar pela saúde daqueles que assiste, desenvolva um processo de comunicação para estabelecimento de parcerias com outros setores, bem como com recursos da própria comunidade, valorizando serviços governamentais e não governamentais⁴. Assim, o impacto das

ações das equipes de saúde da família sobre a qualidade de vida dos usuários depende diretamente da capacidade de atuação articulada em uma rede de profissionais e serviços¹⁵.

Outro aspecto a ressaltar é que a incorporação da atenção em saúde mental pelas equipes de saúde da família vem ocorrendo de forma lenta, muitas vezes prejudicada pelas fragilidades nos serviços especializados em saúde mental, tanto no que se refere à quantidade quanto à qualidade, levando à desarticulação entre os serviços, também por mecanismos insatisfatórios de comunicação entre as equipes¹⁶.

Diversas leis, especialmente o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foram instituídas para possibilitar a intervenção do Estado nas situações de violência contra a criança; todavia, essas medidas de proteção só poderão ser aplicadas quando houver quebra do silêncio que envolve a violência intrafamiliar contra a criança¹⁷. A possibilidade de negligência contraria o Artigo 13 do ECA, que afirma que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança deverão ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais¹⁸.

Entretanto, a notificação de maus-tratos em crianças ainda não faz parte da rotina de trabalho dos profissionais das equipes da ESF. Em um estudo, 55,6% dos participantes identificaram casos de maus-tratos infantis no contexto de trabalho da saúde da família e não notificaram¹⁴.

Um importante desafio nas práticas das equipes de saúde da família está na composição de redes de cuidados com outros serviços presentes em territórios delimitados, os chamados Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), que devem ser constituídos a partir de alguns princípios, como área definida e respectiva população, assistência à saúde coordenada pela atenção primária e integração com outros pontos da rede de atenção, visando produzir e estimular ações intersetoriais entre as diversas políticas sociais, tendo no centro a saúde; essa é uma proposta fundamentada no fortalecimento da atenção básica e no conceito de intersetorialidade¹¹.

O cuidado em saúde envolve decisões sobre a possibilidade e a necessidade de determinados procedimentos, remetendo a uma reconstrução de saberes e práticas com novas dimensões para o cuidado que respeite, proteja e efetive os direitos dos cidadãos⁸, fundamentado em uma base dialógica, apoiada nos saberes e valores dos diferentes sujeitos envolvidos⁶. Diante dessa conjuntura, deve-se ressaltar o papel singular exercido pelo enfermeiro no âmbito da defesa do direito à saúde e do direito à vida⁹.

No presente estudo não foram mencionadas relações de parceria com serviços de áreas como habitação, esportes, cultura, lazer e segurança, evidenciando que há muitos desafios em relação ao estabelecimento de uma cultura municipal de intersetorialidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que há parcerias positivadas e não positivadas nas situações de cuidado e de defesa da saúde infantil, em que a fragmentação nas relações entre os profissionais e serviços prejudica a continuidade e/ou resolutividade das ações iniciadas no contexto da ESF, deixando crianças e famílias mais vulneráveis.

O cuidado de enfermagem é relevante para a defesa dos direitos das crianças, fornecendo subsídios para a atenção à saúde da criança e sua família na ESF, no âmbito do SUS. Na busca de uma abordagem ampliada para um cuidado integral nas demandas identificadas pelos enfermeiros, é preciso valorizar a comunicação entre profissionais e serviços e construir perspectivas de trabalho que evitem lacunas nas relações de parceria e ampliem a integralidade e intersetorialidade das ações em rede. Nesse contexto, o matriciamento configura-se como uma ferramenta essencial na gestão dos serviços de saúde, exigindo modificações nas relações interdisciplinares, de modo que os profissionais dos serviços especializados atuem de forma integrada às equipes que demandam apoio técnico.

A intersetorialidade permite expandir as ações de saúde, tornando-se fundamentais as estratégias de gestão para consolidar a integralidade das ações e serviços, especialmente diante do conjunto de leis e programas que visam alcançar a proteção integral das crianças. Nesse sentido, a expansão de ações de advocacia em saúde mostra-se importante, reconhecendo a saúde como um direito e buscando sua garantia por meio do fortalecimento de mecanismos articulados e cooperativos que favoreçam o seu exercício.

REFERÊNCIAS

1. Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. REBEN. 2008 jan-fev; 61(1): 61-5.
2. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saude Soc. 2004 set-dez; 13(3): 6-29.
3. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Saude Soc. 2004 set-dez; 13(3): 5-15.
4. Andrade RD, Mello DF, Silva MAI, Ventura CAA. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. REBEN. 2011 jul-ago; 64(4): 738-44.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

6. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS-UERJ; ABRASCO; 2009.

7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

8. França Júnior I, Ayres JRCM. Saúde pública e direitos humanos. In: Fortes PAC, Zoboli EL CP, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: Edições Loyola; 2009. p.63-69.

9. Ventura CAA, Mello DF, Andrade RD, Mendes IAC. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. REBEN. 2012 nov-dez; 65(6): 893-8.

10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília (DF): Ministério Saúde; 2010. 72 p.

11. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de indicadores do SUS: Temático Saúde da Família II. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2008. 56 p.

12. Silva LMP, Ferriani MGC, Silva MAI. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. REBEN. 2011 set-out; 64(5): 919-24.

13. Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. Rev. latinoam. enferm. 2007 nov-dez; 15(6): 1171-6.

14. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LIES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2010 mar; 15(2): 481-91.

15. Neves HG, Lucchese R, Munari DB. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. REBEN. 2010 jul-ago; 63(4): 666-70.

16. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. REBEN. 2010 nov-dez; 63(6): 900-7.

17. Gabatz RIB, Neves ET, Beuter M, Padoin SMM. O significado de cuidado para crianças vítimas de violência intrafamiliar. Esc. Anna Nery. 2010 jan-mar; 14(1): 135-42.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. 96 p